

# Psychobiologie de la relaxation

**Jacques CORRAZE**

Professeur Honoraire des Universités

*Intervention présentée lors de la 21<sup>e</sup> Université d'Été de l'ISRP – Paris – Juillet 2002*

## RÉSUMÉ

A partir d'un certain nombre de méthodes ( relaxation, hypnose, méditation, yoga, etc.) il est entendu que l'on obtient des manifestations psychologiques et biologiques bien caractéristiques et singulières. On a proposé de dénommer cet ensemble « la réponse de relaxation » (Benson). Cette réponse favoriserait un équilibre de nature à réduire, à tamponner, voire à éliminer, de façon très générale, des états émotionnels perturbateurs et parasites. Néanmoins les travaux poursuivis jusqu'à nos jours favorisent des différences dans les résultats selon les procédés utilisés qui évoquent un état de relaxation de nature hétérogène. Il importe dès lors de se demander s'il ne convient pas de moduler les indications selon les dysfonctionnements et d'autres paramètres individuels, ce qui serait d'ailleurs conforme à ce que nous savons de la non spécificité de l'état de stress.

**Mots clés :** relaxation, états de conscience, états dissociatifs, états de stress, hypnose, méditation transcendentale.

## L'état de relaxation : définition, histoire du concept, l'importance de sa psychobiologie

La relaxation est un état mental et physique qu'il convient de définir dans le cadre qui est le sien, dans ses propriétés spécifiques et dans la pertinence de ses techniques. C'est pourquoi, je me propose d'envisager sa psychobiologie. Faute de cette précaution, sauvegarde de la rigueur de la pensée et de la cohérence de la pratique, on sera destiné à errer au gré des fantaisies de tout un chacun, de la mise au repos sur la couche rituelle de l'hospitalité, aux incantations sur la libération tragique de l'imaginaire corporel en passant par l'extase grandiose promise aux bienheureux crédules.

Le but des méthodes de relaxation est d'agir sur le système somatique afin, en réduisant l'activité de certaines fonctions corporelles, d'obtenir un relâchement, une détente

autant au niveau mental, c'est la relaxation subjective ; qu'au niveau physiologique c'est la relaxation somatique. Il est entendu, dès le départ, que le sentiment de bien être, dit relaxation subjective auquel se réduit l'activité mentale, l'état de conscience, est l'effet de cet état de relaxation et qu'il contraste avec un état de tension ressenti comme pénible, éprouvant et désagréable. Tels sont le but et les certitudes de départ. Il convient de montrer ce qu'ils impliquent et dans quelle mesure les résultats sont conformes à cet idéal.

Il est hors de doute que des techniques fort anciennes, souvent dans des contextes religieux, voire, ésotériques ont donné lieu à des effets psychophysiologiques apparemment du même ordre mais leurs significations restaient étrangères à l'interprétation scientifique. (Ribot, 1896)[1]. Nombre d'observateurs avaient été frappés par des manifestations somatiques, singulièrement aux Indes. Il était apparu, en dehors des cas de supercherie, qu'il existait des faits objectifs, alors inexplicables. L'originalité fut d'intégrer à la médecine et à la compréhension scientifique des pratiques plus simples, ayant des buts identiques mais d'ordre rationnel et susceptibles d'avoir une référence psychobiologique.

Historiquement, la relaxation a répondu à un besoin et à un environnement médical que les deux auteurs fondateurs vont exprimer à leur façon mais avec une vision d'ensemble analogue. Une brève analyse de leurs positions nous introduira aux problèmes qui demeurent les nôtres aujourd'hui et illustrera à merveille, par la compréhension de leurs limites, les recherches qu'elles ont entraînées. Edmundt Jacobson, en 1929, à Chicago et Johannes Heinrich Schultz, en 1932, à Berlin rendent public leurs méthodes ; « La relaxation progressive », pour le premier, « le training autogène », pour le second.

La relaxation est appelée progressive parce que le sujet doit se concentrer sur les sensations de contraction et de décontraction musculaire en suivant progressivement des groupes musculaires. Jacobson part de la conception traditionnelle des bienfaits médicaux de la mise au repos et admet de définir la relaxation sans sortir du sens commun. Il se propose de

réduire ce qu'il appelle l'hypertension musculaire. « La méthode présente consiste en une réduction volontaire continue de la contraction, du tonus ou de l'activité de groupes musculaires ou d'éléments moteurs associés au système nerveux. » (op. cit.). Les effets de la relaxation sur les émotions sont prévisibles, pour des raisons théoriques d'abord, car « la relaxation pourrait sembler un état opposé » aux activations physiologiques dues aux émotions, dont « la contraction musculaire. » (op. cit., p.219) et pour des raisons pratiques car « les sujets rapportent que leurs expériences émotionnelles diminuent, disparaissent ou sont absentes » (ibid). L'action de la relaxation sur les états pathologiques passe par l'importance des facteurs réactionnels nerveux et mentaux qui sont, différemment selon les individus, associés à la pathologie.

Le but que se propose Schultz est « d'induire par des exercices physiologiques et rationnels déterminés, une déconnexion générale de l'organisme » (1958, 1). Il nous est précisé que « ce processus physiologique est une décontraction » et que cette déconnexion est « concentrative », que l'effet de cet état est « l'amortissement de la résonance des affects » (op. cit., p.182). Il convient donc « d'induire un état de calme et de détente, empêchant ainsi les mouvements émotionnels de devenir pathogènes » (op. cit., 1). Schulz précise que sa méthode est contre indiquée pour « des maladies à lésions organiques structurelles » (op. cit., p. 61). Pour Schultz, le training autogène est une forme de psychothérapie. Il insiste sur la nécessité de préserver sa méthode et son interprétation théorique de toute réduction à la psychanalyse qui « engloberait une telle quantité de faits et une variété de méthodes tellement différentes qu'elle ne rendrait plus compte d'aucune méthode en particulier » (op. cit., p.180).

« Jacobson, écrit enfin Schultz, est le seul auteur qui est arrivé à des conclusions de principe et de fait qui, à beaucoup d'égards, coïncident avec les nôtres » (op. cit., p.156).

Nous voici en présence de deux techniques qui, reprenant la vieille notion de l'importance du repos dans les maladies, ambitionnent d'obtenir, par apprentissage, une réduc-

[1] Au chapitre III, il est fait une analyse psychologique des extases mystiques, plus particulièrement de celles de Ste.Thérèse, donnant lieu à « un état de conscience uniforme. »

tion de l'action des variables physiologiques grâce à une activité mentale spécifique qui, à son tour, bénéficiera de façon concomitante de cet état psychophysiologique de relaxation. Les effets sur la pathologie seront fonction de la composante émotionnelle qu'elle contient mais la pathologie organique proprement dite est hors de la sphère d'action de la relaxation.

## La réponse de relaxation

Une conception minimale a été défendue par Benson (1975) [2], selon laquelle un ensemble de techniques, comme la relaxation, l'hypnose, la méditation transcendantale, le yoga, le zen, certaines contemplations mystiques, comme le soufisme etc. peuvent être réduites à l'unité parce qu'elles partagent les mêmes facteurs fondamentaux.

D'abord, leurs effets résultent d'une conjonction de quatre éléments [3] :

- Un milieu calme. Le sujet ne doit pas être soumis à des stimulations externes ou internes.
- Une attention exclusive vis à vis d'une stimulation sonore, simple, répétitive. On répète un mot, une syllabe. Ce monodéisme [4], arrête toute forme d'activité mentale quelle que soit son orientation.
- Une attitude passive consistant en un vide mental. Le sujet, s'il est envahi par des représentations, doit les laisser filer, ne s'attacher à aucune d'entre elles. C'est selon Benson, le facteur le plus important dans la genèse de la réponse de relaxation.
- Une position confortable, c'est-à-dire une posture exigeant le minimum d'effort musculaire et qui permet au sujet de rester, pendant au moins vingt minutes [5], dans la même attitude mais sans faciliter l'endormissement.

Le but recherché n'est pas le sommeil mais « une altération de l'état de conscience » [17] (Benson, op. cit., p.86).

De plus, la fréquence de la pratique individuelle exigée est de l'ordre de une à deux fois par jour.

Benson affirme, ensuite, que cette réponse comprend une réduction de variables physiologiques: la consommation d'oxygène, rythme cardiaque, rythme respiratoire, pression artérielle, lactate artériel. Enfin il alla jusqu'à soutenir que la réponse de relaxation pouvait améliorer et même guérir des pathologies liées aux stress comme l'angine de poitrine, les troubles du rythme cardiaque, les réactions allergiques cutanées, l'anxiété, les états dépressifs légers et modérés, l'asthme, l'herpes simple, la toux, etc. (Benson, op. cit., p.12-13).

Enfin, la réponse de relaxation est antinomique de « la réponse attaque ou fuite » qui est la mise en acte des ressources de l'organisme, leur activation, et qui est destinée à affronter une situation d'urgence. Cette réponse, essentiellement biologique est indispensable à la survie et a été préservée par la sélection naturelle. Une telle réponse, selon Benson, assimilable à celle de l'état de stress, une fois qu'elle est répétée et inappropriée, engendre une pathologie cardio-vasculaire.

La réponse de relaxation, telle qu'elle se trouve définie par Benson, m'apparaît comme un thème de réflexion qui, rattachant les méthodes d'inspiration médicales à des disciplines étrangères, constitue une référence pour les améliorations critiques engendrées et par la pratique même de la relaxation et par le progrès des sciences médicales. Nous pourrions mettre à jour les limites des relaxations et les développements théoriques où elles peuvent aujourd'hui s'intégrer.

[2] H.Benson, *The relaxation response*, Harper Collins, N.Y., 1975. J'utilise l'édition de l'année 2000. Voir également : Benson H., Greenwood MM, Klemchuk H., *The relaxation response : Psychophysiological aspects and clinical applications*, *Int. J. Psychiatry in Medecine*, 1975, 6, (1/2), 87-98

[3] Benson devait affirmer plus tard que deux éléments suffisaient, le monodéisme et l'attitude passive.

[4] Ce terme est emprunté à Ribot (op. cit., p.6). En l'absence d'attention, l'état mental est le polyidéisme, « l'attention est l'arrêt momentané de ce défilé perpétuel, au profit d'un seul état le monodéisme ». L'attention habituelle est un monodéisme relatif dans les états d'extase, on a un monodéisme absolu. Benson utilise le mot *dwelling*, qui signifie résidence, endroit où l'on séjourne.

[5] Il est à noter que la position dit « en fleur de lotus » est extrêmement pénible aux occidentaux.

## La dimension psychologique et affective

Il y a dans les conceptions primitives de la relaxation une mise en condition brutale du sujet face à ses fonctions corporelles. Cette attitude peut historiquement s'expliquer par la nécessité de différenciation avec les méthodes de la psychanalyse qui accordaient l'exclusivité aux maniements des représentations [6]. L'expérience a montré qu'il convenait d'introduire, comme d'ailleurs dans tous les autres domaines de l'entreprise thérapeutique, des composantes de nature cognitive et affective, dites centrales, au travers des réseaux de communication verbaux et non verbaux (Corraze, 1992).

Toute intervention thérapeutique exige la participation du sujet, son adhésion. Le thérapeute doit agir sur plusieurs variables : le sujet doit croire à l'efficacité de la thérapeutique mais également en ses propres capacités comme à celles du thérapeute. C'est cet ensemble qui débouche sur l'adhésion thérapeutique. La première variable est connue depuis longtemps, au 19<sup>e</sup> siècle, elle a été formulée dans le milieu médical comme « la foi qui guérit », qui mérita une analyse de Charcot (1897) et qui est la traduction de l'expression anglaise « faith-healing ». Charcot définissait cette foi à l'aide d'une gradation sémantique remarquable ; « une confiance, une crédulité, une suggestibilité ». Il est tout à fait significatif que Benson éprouva le besoin d'introduire cette dimension, neuf ans après son premier livre, dans un ouvrage qui parut en 1984 [7]. On comprend d'ailleurs la réticence de certains esprits à envisager cette composante, quand on connaît l'importance qu'elle joue dans les pratiques grossières et les mises en condition spirituelles mercantiles, soumises à la vacuité d'incantations verbales et à la pompe du décor, mais l'esprit religieux ne se réduit ni au commerce du culte ni aux moulins à prière.

Il convient d'affirmer que le praticien doit, tout au long du traitement, faire partager son engagement, évaluer les résultats, commenter les réussites et les échecs, renforcer le sujet.

Il s'agit d'un travail agissant sur les variables cognitives et affectives. On peut expliquer pourquoi l'apprentissage de la relaxation avec l'aide d'un thérapeute donne des résultats supérieurs à ceux résultant de l'écoute d'un enregistrement (Stefanck & Hodes, 1986, vol. 11, 1, 21-29).

Cette dimension psychologique peut induire, chez certaines personnes, un état de relaxation subjectif, dépourvu de résultats somatiques. On est alors confronté aux problèmes de la suggestion et à ceux de la dépendance au psychothérapeute. Inversement, on peut se heurter à un état souvent violent d'angoisse anticipatrice qui fait refuser la relaxation. Il m'est arrivé de rencontrer ce refus chez des sujets - mais pas seulement chez eux - qui prétendaient avoir eu une expérience éprouvante lors d'un essai antérieur. Là aussi, on peut voir les effets désastreux d'un sabotage thérapeutique. J'entends par là les résultats d'une expérience thérapeutique intempestive, mal conduite, brutalement menée, qui détermine un refus généralisé et durable, fortement alimenté par un ressentiment.

L'importance de la composante mentale est singulièrement mise en évidence par la possible dissociation entre ce qu'éprouve le sujet et les phénomènes somatiques. Une telle dissociation était totalement impensable pour Jacobson qui précisait. « Il est impossible, selon les sujets entraînés, d'être sous le coup d'une émotion et d'être en même temps relaxés. Il en résulte, poursuit-il, qu'un état émotionnel ne peut exister en présence d'une relaxation complète des régions périphériques impliquées. » (op. cit., p. 218). Or, l'expérience montre que subjectivement on peut éprouver un malaise alors que les paramètres corporels sont en état de relaxation. Cette position a été celle de Davidson (1966) puis de Rachman (1968). Rachman distingua la relaxation musculaire de la relaxation mentale. Cliniquement une situation de cet ordre peut se présenter, on voit des sujets dont les variables physiologiques bénéficient d'un état de relaxation et qui néanmoins témoignent d'un malaise semblable à celui que l'on rencontre dans les états d'angoisse généralisée.

[6] C'est ce qui devait se reproduire dans les thérapies comportementales quand, aux premières conceptions fondées sur le conditionnement, succédèrent les psychothérapies cognitives.

[7] Voir le chapitre premier de la première partie : « An introduction to the power of the faith factor ».

Sur le plan théorique, l'angoisse a donné lieu à deux cadres connus chez les latins comme *angor* et *anxietas*. La littérature moderne différencie de la sorte une angoisse somatique et une angoisse psychologique ou cognitive, ou bien une angoisse état d'une angoisse trait. Malgré des points de différence, cette dichotomie renvoie à une angoisse ou bien associée à un bouleversement physiologique ou bien partiellement ou totalement libérée de ce composant. Il va de soi qu'on n'écarte pas la présence de modifications biochimiques ne serait-ce qu'au niveau des neurotransmetteurs. Il demeure que la clinique de la relaxation peut être confrontée à une désynchronisation entre les afférences périphériques et l'état mental. On connaît par ailleurs, dans certaines insomnies par exemple, ces situations où le sujet peut avoir un état d'éveil important et où la relaxation périphérique est patente. On trouve enfin des exemples où la relaxation somatique accomplie suffit à générer un état d'angoisse. L'obstacle est d'importance et nécessite une intervention spécifique pouvant conduire à une psychothérapie cognitive de l'angoisse. Il est possible d'observer, chez certains sujets, que l'abandon de la disposition de mise en alerte, normalement et habituellement actualisée par la mobilisation physiologique, est intolérable et que l'angoisse exprime cette annihilation des mécanismes de défense biologiques.

Des auteurs, comme Benson, ont affirmé que l'état de relaxation impliquait une altération de l'état de conscience, sans évidemment envisager un émerveillement séraphique [8]. La question de l'altération de l'état de conscience est l'une de celles qui divisent les spécialistes de l'hypnose [9]. Pour certains, elle est une condition des phénomènes qui y prennent place, pour d'autres, elle n'a pas de raison d'être. Ce que l'on peut dire c'est que les manifestations qui sont susceptibles de se présenter, lors de la relaxation, semblent té-

moigner d'une réduction notable de l'éveil [10]. La tendance à l'endormissement est sans doute le phénomène le plus banal. Chez quelques pratiquants peuvent apparaître des altérations de la perception générale du corps, comme de la lévitation, des modifications des perceptions de poids et de volumes. J'ai également vu des apparitions fugitives des images de face. Tous ces phénomènes sont rencontrés physiologiquement dans les états hypnagogiques, moments situés entre la veille et l'endormissement ou lors de l'éveil. Ils témoignent donc d'une réduction de la vigilance. Ils peuvent générer un état d'angoisse qui, à coup sûr, va entraîner un avortement de la relaxation. De tels phénomènes évidemment échappent au contrôle du praticien qui, par son intervention, détruirait l'état mental et l'on se trouverait d'emblée dans une situation étrangère à l'état de relaxation.

Reste une dimension psychologique qu'on ne peut passer sous silence. Faut-il admettre que les effets de la relaxation impliquent une absence quasi complète d'activité mentale et comment associer le monodéisme et la passivité exigée du pratiquant ? La dualité mise en évidence par Benson, monodéisme et attitude passive, est la parfaite expression de cette condition. L'attention sélective, comme l'a montré Posner (1995, 615-624), apparaît comme une disposition à traiter les informations. Elle implique un contrôle central, dit encore « contrôle central exécutif » [11]. Elle a trois fonctions : l'orientation vers les stimuli, comprenant leur localisation, la détection des événements cibles et le maintien de l'état d'alerte. Nous savons que la répétition monotone d'un événement réduit l'état d'alerte, ce qui conduit à l'attitude passive. Résultat que nous pouvons obtenir par le simple effet d'une stimulation externe. Mais pour démobiliser les deux autres fonctions il faut que « le système central exécutif » ait pris l'attitude conforme c'est à dire celle qui le fixe sur une région

[8] Pour ceux qui estimerait que je force le trait, je conseille de lancer leur moteur de recherche sur le mot « sophrologie ».

[9] Voir à ce sujet Fromm E., Nash MR. (Eds.), *Contemporary hypnosis research*, Guilford Press, 1992, N.Y.

[10] Le concept d'éveil est une construction hypothétique dont la définition rigoureuse est difficile en raison de l'incohérence des variables qui le mesurent

[11] Voir, à ce sujet, Duncan J., Attention, Intelligence and the frontal lobes, in Gazzaniga (Ed.), op.cit., 721-733

déterminée du corps et l'y maintient. C'est précisément cette difficulté que nous rencontrons lors de la relaxation de sujets porteurs d'un « Trouble déficitaire de l'attention ». En effet, comme les travaux de Barkley (1997) l'ont montré, le problème chez ces sujets est la prise en charge du contrôle central .

## Stress, pathologie et relaxation

L'étude des effets de l'état de relaxation sur la pathologie ne peut se mener sans réflexions préalables. D'abord il convient de définir les pathologies susceptibles de bénéficier des ses effets, ensuite de comprendre, dans la mesure du possible, les mécanismes de ces actions.

On a toujours, depuis l'empirisme des médecins grecs tout au moins, fait jouer un rôle aux émotions dans les maladies sans bien préciser les modalités d'action. Notre époque a eu comme originalité d'appréhender ce type d'action des facteurs émotionnels à partir du concept de stress. Depuis qu'il a été formulé par Hans Selye, en 1936, le mot n'a pas été écarté mais il recouvre un contenu fort divers dont j'ai fait l'analyse critique ailleurs. Les critiques les plus décisives ont montré que la réaction de stress n'était pas dépourvue de spécificité, donc ne méritait pas le nom de « réaction générale d'adaptation » et qu'elle nécessitait la prise en compte de variables individuelles autant biologiques que psychologiques. Je me bornerai ici à envisager la nature des relations que l'on peut établir entre stress et la pathologie en général. En raison du nombre de variables engagées et de la nature complexe de leurs relations, nous sommes conduits à faire des états de stress un des

paramètres pouvant être associé à la pathologie mais comme ne pouvant absolument pas en être l'antécédent suffisant. Les derniers travaux ont confirmé les anciens [12] et l'importance des facteurs de sensibilité spécifiques de morbidité. De façon répétée, la médecine comportementale, a montré que les meilleurs moyens d'activation des facteurs biologiques, responsables de l'état de santé, étaient à chercher dans la pratique d'exercices physiques à finalité cardio-vasculaire. Ces résultats, en apparence paradoxaux, dans la perspective de la relaxation, sur fond de pensée traditionnelle, ne le sont plus quand on considère la multiplicité des facteurs responsables de l'état de santé [13].

## La nature des effets de la relaxation sur les variables physiologiques

Nous sommes donc renvoyés à la question centrale, celle de savoir quelles sont les possibilités d'action de l'état de relaxation sur les paramètres physiologiques. C'est la question incontournable pour qui veut savoir si les déterminismes physiologiques des états émotionnels sous leur forme naturelle ou pathologique, comme ceux de l'anxiété, sont sensibles à la relaxation.

Il faut attirer l'attention sur l'erreur à laquelle pourrait conduire le terme d'autosuggestion sous lequel Schultz a rangé sa méthode. En effet, pour lui, comme pour d'autres, l'hypnose peut être cause d'effets physiologiques objectifs [14]. Pour Jacobson, comme pour Benson, les effets physiologiques de la relaxation ou de la réponse de relaxation sont indiscutables. Les travaux publiés à ce jour nous invitent à plus de prudence [15]. Benson précise

12 On se reportera à l'article de Leventhal H. et Patrick-Miller L., Emotions and physical illness : causes and indicators of vulnerability, in Lewis M, Haviland-Jones JM, eds., *Handbook of emotions*, The Guilford Press, N.Y., 2000

13 C'est ainsi que les terribles dorsalgies, terreur des médecins, exigent l'exercice physique et absolument pas le repos au lit.

14 « La technique de notre training a essentiellement pour objet de permettre au patient d'accomplir cette déconnexion suggestive spécifique de type hypnotique par un mécanisme d'autosuggestion. », Schultz, op. cité, p.6.

15 Voir l'analyse in Davidon et Schwartz, The psychobiology of relaxation and related states : A multi-process theory, in Mostofsky D.L., ed., *Behavior control and modification of physiological activity*, Prentice-Hall, Inc., London, 1976, 399-442 ; 404-409 ; Pour l'hypnose, les différences entre les divers travaux sont du même ordre (Fromm et Nash, 1992, op.cit.)

six types d'effets : réduction de la consommation d'oxygène, réduction du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, diminution de la pression artérielle, baisse du tonus musculaire, augmentation des ondes alpha. Un examen attentif de ces effets montre que certains sont douteux, d'autres non évalués et ce, en fonction des différentes techniques. Résultats qui permettent d'avoir quelques doutes sur la réalité de la réponse de relaxation avec son absence de spécificité selon les méthodes.

Avec la confirmation que les modifications physiologiques variaient selon les individus et selon les techniques utilisées, on a cherché à mettre en évidence les paramètres responsables des différences. Force est de l'avouer, nous savons qu'il existe des facteurs individuels mais nous avons du mal à les différencier et à les théoriser. Nous savons, depuis les travaux de Lacey, que les paramètres physiologiques mobilisables par les émotions varient selon les individus et, depuis. Duffy, qu'il en est de même pour les états d'éveil. Nous avons des preuves qu'une telle singularité existe pour les états de relaxation, pour cette raison nous comprenons qu'une étude statistique s'avère difficile.

Davidson et Schwartz (op. cit.) ont proposé de différencier les principales techniques dont Benson a généralisé les effets selon deux paramètres bipolaires : activité vs. passivité et relaxation mentale vs. relaxation somatique. A partir de ces couples d'opposition, ils tentent de rendre compte des résultats différents qui ont pu être constatés, selon les méthodes employées. Paul (1969), en comparant les effets de l'hypnose à ceux de la Relaxation Progressive, montra que la seconde est beaucoup plus efficace que la première sur les variables somatiques. La relaxation somatique devrait augmenter les effets physiologiques et la relaxation cognitive les effets subjectifs. On trouve l'activité quand le sujet doit générer lui-même un comportement qui, par la suite, devient automatique, donc passif (Davidson & Schwartz, op. cit., p.413). Dans le training autogène, le sujet écoute une formule imposée mais il la reprend à son compte et se livre à une concentration corporelle régionale. Dans la relaxation progressive, l'activité du sujet est patente puisqu'on lui demande d'exécuter des mouvements de contraction-décontraction. Dans cette technique, il n'y a, comme on l'a déjà vu, aucune dimension cognitive. Par con-

tre le training autogène a une dimension cognitive puisque le sujet est invité à se concentrer sur une formule et à chercher une perception corporelle à partir d'une représentation. Dans l'hypnose, les images mentales sont les thèmes exclusifs de référence puisqu'on demande au sujet de les faire passer dans la réalité. Il doit imaginer que son bras porte un poids très, très lourd, pour déclencher les effets conformes à la réalité. Ces oppositions sont artificielles dans la mesure où, selon les auteurs eux-mêmes, une technique peut posséder, selon les étapes, les paramètres opposés c'est à dire être active et passive, cognitive et somatique. Il est vrai que ce modèle peut expliquer que les attitudes cognitives agissent plus singulièrement sur l'aspect subjectif de la relaxation et les concentrations sur les régions corporelles davantage sur les variables physiologiques.

Une des découvertes les plus impressionnantes de la psychophysologie fut celle du conditionnement végétatif (Miller, 1978). Elle permet d'appréhender le mécanisme de contrôle des paramètres physiologiques par l'activité mentale. Le biofeedback, en fournissant aux sujets les effets physiologiques générés par leurs propres attitudes, leur permet de contrôler des variables physiologiques comme la tension musculaire, le rythme cardiaque, la pression artérielle, la résistance électrique de la peau. L'efficacité de cette méthode est hors de question, à condition de ne pas universaliser ses indications et d'en faire la panacée. Ce qu'il importe de noter c'est d'abord que ce type de conditionnement, dont les effets objectifs font partie même de son essence, nous offre un modèle explicatif de certaines méthodes de relaxation mais ensuite qu'il nous en donne les limites. A l'exception de certains cas, comme celui des hyperhidroses, par exemple, qui répondent parfaitement bien, d'autres ne peuvent pas généraliser les effets obtenus lors de leur pratique. Dans ces cas, il importe d'aborder la dimension cognitive pour aboutir à un résultat significatif.

## Conclusion

Tout au long de ce travail, j'ai tenté de montrer qu'on ne pouvait absolument pas isoler les techniques de relaxation des psychothérapies. Elles impliquent le même cadre de

communication, les mêmes habiletés psychologiques, la même maîtrise des affects, les mêmes besoins. Si les indications sont correctement posées, si l'apprentissage est conduit de façon avisée à l'aide d'une technique maîtrisée, si le praticien est préparé à régir les problèmes posés par la communication et les phases successives du traitement, la relaxation est une méthode efficace pouvant se réclamer de réussites cliniques patentes.

Ce que je condamne ce sont les apports étrangers à la relaxation qui pervertissent sa spécificité et l'absence de formations de certaines personnes qui revendiquent une compétence en ce domaine alors qu'elles en sont parfaitement dépourvues. Nous savons trop que l'escroquerie est une composante permanente de la condition humaine et qu'elle peut atteindre le niveau d'un art, dont le pouvoir est l'épice et l'enrichissement son honnête finalité.

La relaxation n'est pas constituée pour envisager la solution de problèmes psychologiques ni le traitement de maladies organiques ou mentales. Son champ de compétence par excellence est celui des dysfonctionnements émotionnels et de certaines difficultés posturales et motrices. Elle peut donc, à ce titre, être intégrée à un programme thérapeutique. La relaxation peut réussir mais elle peut échouer alors qu'on estime avoir tenu toute la rigueur voulue. ■

« S'il suffisait de s'asseoir les jambes repliées pour connaître l'éveil, toutes les grenouilles depuis le fond des âges, seraient Bouddha ». Ce texte évocateur de la sagesse bouddhique, que j'aimerais voir afficher comme un label de qualité, devrait tout à la fois nous maintenir dans notre propre humilité et dans la vigilance à l'égard de certaines pratiques détestables dont la rencontre fait partie de l'expérience obligée d'une vie de psychothérapeute. ■

summary :  
Actuellement en traduction  
key words :  
Actuellement en traduction

## BIBLIOGRAPHIE

- BARKLEY, R.A.**, 1997, *ADHD and the nature of self-control*, New-York : The Guilford Press.
- BENSON, H.**, 1975, *The relaxation response*, New-York : Harper Collins.
- BENSON, H.**, 1984, *Beyond the relaxation response*, New-York : Berkley books.
- BENSON, H., GREENWOOD, M.M., & KLEMCHUK, H.**, 1975, The relaxation response : Psychophysiological aspects and clinical applications, *Int..J..Psychiatry in Medecine*, 1975, 6, (1/2), 87-98.
- CHARCOT, J.M.**, 1897, *La foi qui guérit*, Paris : Alcan.
- CORRAZE, J .**, 1992, *Psychologie et médecine*, Paris : PUF.
- DAVIDSON, G.C.**, 1966, Anxiety under total curarization ; implications for the role of muscular relaxation in the desensitization of neurotic fears, *J.Nervous.Ment.Dis.*, 143, 443-448.
- DAVIDSON, G.C., & SCHWARTZ**, 1976, The psychobiology of relaxation and related states : A multi-process theory, in MOSTOFKY, D.I., Ed., *Behavior control and modification of physiological activity*, London : Prentice-Hall, Inc., 399-442 ; 404-409.
- DUNCAN, J.**, 1995, Attention, Intelligence and the frontal lobes, in GAZZANIGA, M.S., Eds., *The cognitive neurosciences*, M.I.T., 721-733.
- FROMM, E., & NASH, M.R.**, Eds., 1992, *Contemporary hypnosis research*, New-York : Guilford Press.
- JACOBSON, E.**, 1929, *Progressive Relaxation*, The University of Chicago Press.

- LEVENTHAL, H., & PATRICK-MILLER, L.**, 2000, Emotions and physical illness : causes and indicators of vulnerability, in LEWIS, M., & HAVILAND-JONES, J.M., Eds., *Handdbook of motions*, New-York : The Guilford Press.
- MILLER, N.E.**, 1978, Biofeedback and visceral learning, *Annual Review of Psychology*, 29, 373-404.
- POSNER, M.L.**, 1995, Attention in cognitive neuroscience. An overview, in GAZZANIGA, M.S. Eds., *The cognitive neurosciences*, M.I.T., 615-624.
- PAUL, G.L.**, 1969, Physiological effects of relaxation training and hypnotic suggestion, *J.Abn.Psychol.*, 74, 4, 425-437.
- RACHMAN, S.**, 1968, The role of muscular relaxation in desensitization therapy, *Behav.Research.Therapy*, 1, 6, 159-166.
- RIBOT, T.H.**, 1896, *Psychologie de l'attention*, Paris : Alcan.
- SCHULTZ, J.H.**, 1932, *Das autogene training*, 1932, Berlin : Versuch einer Klinisch-Praktischen Darstellung, traduction française, 1958, *Le training autogène*, Paris : PUF, Paris.
- STEFANCK, M.E., & HODES, R.L.**, 1986, *Expectancy effects on relaxation instructions : physiological and self-report indices*, *Biofeedback and self-regulation*, vol.11, 1, 21-29.

## Congrès & Colloques

**8<sup>ème</sup> congrès européen de psychologie - Vienne**, Autriche, 6-11 juillet 2003

Psychology in dialogue with related disciplines

*Renseignements : Mondial Congress - Faulmanngasse 4 A-1040 Vienna  
Tél. : 00 43 1 588 04 00 – Fax : 00 43 1/586/91/85  
Email : congress@mondial.at*

**Journées annuelles de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - Toulouse**, 16-17 mai 2003

La pensée et le corps chez l'enfant. Voir, entendre, porter, soigner : psyché et soma du bébé à l'adolescent

*Renseignements : Secrétariat du Secteur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Service du Pr. J.-P. RAYNAUD - CHU de Toulouse Hôpital La Grave  
31052 TOULOUSE CEDEX  
Tél : 05 61 77 78 74 - Fax : 05 61 77 79 02  
Email : raynaud.jph@chu-toulouse.fr*

## Séminaires & Formations

**Institut d'études systémiques 2002/2003**

**Formation longue** : Abord familial et institutionnel systémique

Cycles de perfectionnement : *Changer soi-même pour aider les autres à changer*

La prise en charge des familles maltraitantes

La prise en compte de la pathologie de l'enfant dans le travail avec la famille

Les conduites à risques

La prise en charge des enfants et adolescents placés en famille d'accueil et en institution

**Journée d'études 2002/2003** : *Tenter de réduire la violence - Histoires de liens...*

Ruptures de liens

**Cycles de conférences** : *La prise en charge de l'enfant victime d'abus sexuels et de sa famille. La famille recomposée entre reconnaissance de la souffrance et tentative de réduction de la violence - Les conduites à risque.*

*Renseignements : Institut d'études systémiques - 1, rue le Hameau - BP 11  
77590 CHARTRETTES  
Tél. : 01/60/66/39/46 – Fax : 01/60/66/39/46  
Email : ides.asso@free.fr*